

Por favor devuelva dentro de 10 días laborales



**Septiembre de 2002 – 2003**

**Oficina para Niños  
Programa de Cuidado de Niños en Edad Escolar (“SACC”)  
Información financiera**

12011 Government Center Pkwy., 9° Piso  
Fairfax, Virginia 22035

(No se requiere este formulario si pagará la tarifa completa)

Nombre del (de los) niño(s) \_\_\_\_\_

Padre/madre/apoderado a facturar \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial del 2° nombre

Dirección para facturar \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

N° de teléfono de la casa \_\_\_\_\_ N° de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ N° de Seguro Social \_\_\_\_\_

N° de cuenta “SACC” \_\_\_\_\_

**A fin de recibir tarifas rebajadas para “SACC”, por favor haga lo siguiente:**

1. Entregue una copia de una **papeleta actual de pago** (no se permiten formularios de impuestos o “W2”) para todos los adultos que vivan en la casa juntos como familia y que compartan los ingresos y gastos. Si el ingreso varía de un período de pago al otro, por favor envíe tres papeletas de pago consecutivas.
2. Complete la Información de más de abajo sobre el Ingreso del Grupo Familiar. Devuelva las papeletas de pago junto con este formulario a la dirección que aparece arriba o envíe un fax al 703-324-3919. Si no devuelve la información financiera, se le cobrará la tarifa completa.

Nota: Se requerirán formularios/documentación adicional si los ingresos de su grupo familiar califican para recibir fondos del estado.

**Hoja de cálculo para la Información sobre el Ingreso del grupo familiar:**

	<b>Total del ingreso bruto anual</b>	
Sueldo de la madre/madrastra	\$ _____	
Sueldo del padre/padrastro	\$ _____	
Pensión/manutención para hijos	\$ _____	
Otros ingresos	\$ _____	
<b>Ingreso bruto anual del grupo familiar (línea 1)</b>	<b>\$ _____</b>	
<b>Deducciones:</b>		
Número de niños menores de 18 años en el grupo familiar X \$2.900	<b>(línea 2)</b>	\$ _____
<b>Ingreso ajustado (línea 1 menos línea 2)</b>		<b>\$ _____</b>

Certifico que esta información sobre los ingresos es una declaración verdadera y exacta de la condición financiera y de la composición de mi grupo familiar. Entiendo que entregar información inexacta o errónea puede resultar en la pérdida de los servicios de “SACC”. Notificaré a la oficina de matrícula de “SACC” dentro de 10 días sobre cualquier cambio en la información anterior. Entiendo que cualquier rebaja de la tarifa que resulte de los cambios en la información financiera del grupo familiar entrará en vigencia en el momento de recibir la información enviada y no será retroactiva para las facturas anteriores.

\_\_\_\_\_

Firma del padre/la madre/apoderado

\_\_\_\_\_

Fecha

**¿Tiene preguntas? Llame a Matrícula de “SACC” al 703-449-8989**

